

Caso Clínico Radiológico Adulto

VIRGINIA LINACRE S.*, PAULA BARCOS M.*,
 RAFAEL LUENGAS T.* y EDUARDO SABBAGH P.*

Caso 1: H.L.T., mujer de 45 años, cáncer de colon tratado en 2004 con resección de ileon terminal, apéndice y válvula ileocecal más quimioterapia. En junio de 2007 presenta disnea de esfuerzos moderados que progresa en dos meses por lo que consulta. La espirometría evidenció una alteración restrictiva moderada con CVF de 1,75 L (55%) y VEF₁ de 1,35 L (51%). Dentro de los exámenes generales destaca anemia moderada (hemoglobina 9,6 g/dL) con VHS normal.

Caso 2: H.J.P., mujer de 51 años, fumadora de 20 paquetes año, previamente asintomática, consulta por cuadro de 4 meses de evolución de disnea de esfuerzos progresiva, la cual se asocia posteriormente a tos seca; en la anamnesis dirigida refiere pérdida de peso de 10 kg en los últimos 3 meses.



Figura 1. Radiografía de tórax pósterio-anterior (PA) Caso 1.



Figura 2. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax Caso 1.

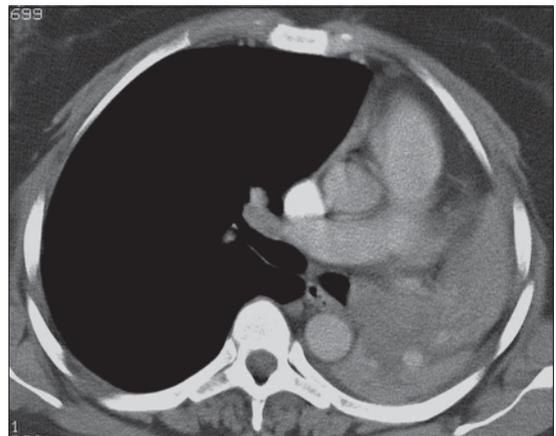


Figura 3. TAC de tórax Caso 1.

* Servicio Médico-Quirúrgico Respiratorio y Radiología, Instituto Nacional del Tórax.

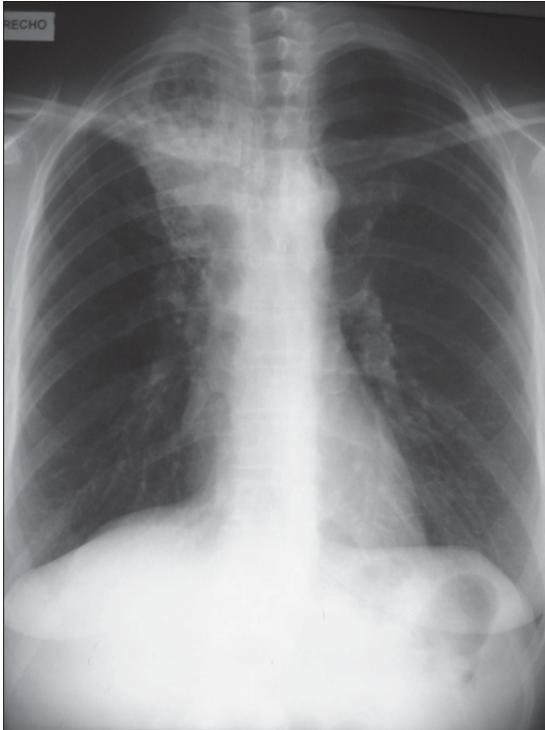


Figura 4. Radiografía de tórax PA Caso 2.

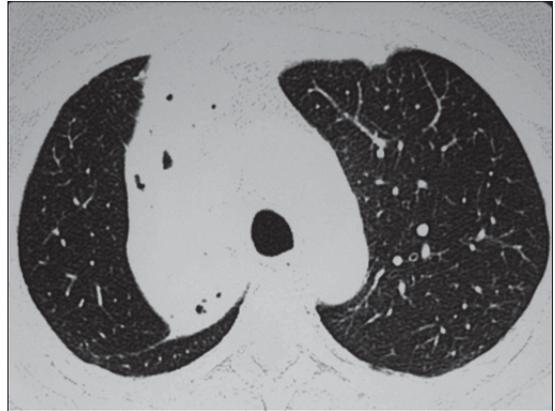


Figura 5. TAC de tórax Caso 2.



Figura 6. TAC de tórax Caso 2.

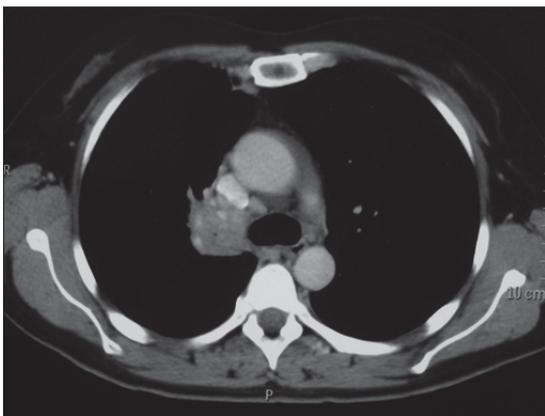


Figura 7. TAC de tórax Caso 2.

¿Cuáles son los hallazgos radiológicos?
¿Cuál es su diagnóstico?

Descripción

En el caso 1, la radiografía de tórax PA (Figura 1), muestra una opacificación completa del hemitorax izquierdo, con desplazamiento del mediastino y elevación del hemidiafragma, además de estrechamiento de los espacios intercostales, todos signos de atelectasia del pulmón. Adicionalmente se aprecia una amputación completa del bronquio fuente izquierdo. Las imágenes de tomografía computada con ventana de parénquima y de tejidos blandos (Figuras 2 y

3), corroboran los hallazgos de la radiografía de tórax, agregando una imagen nodular con densidad de tejidos blandos que ocluye al bronquio fuente izquierdo, sugerente de neoplasia.

En el caso 2; la radiografía pósterior anterior (Figura 4), muestra una opacidad algo heterogénea, bien delimitada en su extremo externo, con elevación del hilio y discreto desplazamiento ipsilateral de la tráquea, los cuales también son signos de atelectasia, en este caso del lóbulo superior derecho. La tomografía computada (Figuras 5 y 6) demuestra el lóbulo superior

disminuido de volumen y condensado, sugiere de atelectasia y neumonía post-obstructiva, causado por una oclusión del bronquio lobar superior (Figura 7), por una lesión tumoral de tejidos blandos. Adicionalmente se aprecian ganglios aumentados pre-traqueales, ya sea metastásicos o reactivos a la neumonía post-obstructiva.

Ambos casos, del punto de vista del análisis radiológico, consisten en lesiones obstructivas, tumorales de la vía aérea, con las consecuencias de atelectasia y neumonía post-obstructiva, que involucran a un pulmón completo en uno y a un lóbulo en el otro, dependiendo del nivel de obstrucción.

Evolución

Caso 1: Se realizó fibrobroncoscopia que evidenció oclusión total del bronquio fuente izquierdo a 3 cm de la carina principal por masa friable, se toman biopsias cuyo resultado histológico fue compatible con adenocarcinoma. Con técnicas de inmunohistoquímica compatibles con metástasis de cáncer de colon (CK20 fue positivo en el 25% de las células estudiadas y TTF-1 negativo).

Caso 2: Se realizó fibrobroncoscopia que detectó mucosa engrosada desde el nacimiento del bronquio fuente derecho. A nivel de RC1 mucosa mamelonada, con disminución importante del lumen del bronquio lobar superior derecho; se toman muestras para biopsia, baciloscopia y cultivo de Koch que fueron negativos.

En la biopsia bronquial endoscópica se encontró una neoplasia concordante con carcinoma adenoideo quístico en bronquio fuente derecho; la carina principal presentó un infiltrado inflamatorio crónico sin tumor maligno.

La paciente se trató con cirugía resectiva más radioterapia.

Discusión

En el enfrentamiento diagnóstico de un paciente con atelectasias lobares y sospecha de obstrucción bronquial se deben plantear como alternativas causas benignas y malignas.

Dentro de las lesiones no neoplásicas se encuentran descritas en la literatura los cuerpos extraños, lesiones silicóticas¹, acúmulo de mucus (tapones mucosos)², sarcoidosis³ y las infecciones. Al respecto la literatura menciona causas infrecuentes de lesiones endobronquiales infec-

ciosas como son la infección por *Mycobacterium avium complex*⁴, criptococosis y aspergilosis traqueobronquial pseudomembranosa en pacientes VIH⁵. Se describen también casos de tuberculosis endobronquial^{6,7}.

Los tumores bronquiales son inusuales siendo la mayoría de ellos secundarios, principalmente de cáncer pulmonar. Los tumores primarios de tráquea y bronquios son infrecuentes (0,1/100.000 habitantes), siendo menos del 1% de todos los cánceres. Del total de tumores primarios el 80% son malignos, siendo el carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma escamoso los más comunes. En general son de crecimiento lento y son susceptibles de tratamiento cuando son diagnosticados en forma precoz. La forma de presentación de los tumores primarios de tráquea y bronquio son variables, la disnea es el síntoma más frecuente, seguido por la tos, hemoptisis y estridor.

Otras lesiones están constituidas por hamartomas⁸, lipomas⁹, carcinoma mucoepidermoide y otros tumores raros¹⁰.

Las metástasis endobronquiales secundarias a tumores malignos sólidos extrapulmonares son raras¹¹. Los tumores que presentan metástasis con mayor frecuencia son los de mama, de colon y el adenocarcinoma renal. Sin embargo, prácticamente cualquier tumor extrapulmonar puede evolucionar con metástasis endobronquial o bien ser la manifestación inicial¹².

Bibliografía

- 1.- CHIEN H P, LIN T P, CHEN H L, HUANG T W. Right middle lobe atelectasis associated with endobronchial silicotic lesions. Arch Pathol Lab Med 2000; 124: 1619-22.
- 2.- GAETA M, BARONE M, LORIA G, MINUTOLI F, STROSCIO S. Computed tomography in endobronchial mucus accumulation. Radiol Med (Torino) 1994; 87: 53-7.
- 3.- KUMBASAR O O, KAYA A, ULGER F, ALPER D. Multiple endobronchial mass lesions due to sarcoidosis. Tuberk Toraks 2003; 51: 190-2.
- 4.- PACKER S J, CESARIO T, WILLIAMS J H Jr. *Mycobacterium avium* complex infection presenting as endobronchial lesions in immunosuppressed patients. Ann Intern Med 1988; 109: 389-93.
- 5.- JUDSON M A, SAHN S A. Endobronchial lesions in HIV-infected individuals. Chest 1994; 105: 1314-23.
- 6.- RIKIMARU T. Endobronchial tuberculosis. Expert Rev Anti Infect Ther 2004; 2: 245-51.
- 7.- KREISEL D, ARORA N, WEISENBERG S A, SAQIA, KRUPNICK A S, DEMETRIADES A M, et al. Tuberculosis presenting as an endobronchial mass. J Thorac Cardiovasc Surg 2007; 133: 582-4.
- 8.- COSÍO B G, VILLENA V, ECHAVE-SUSTAETA J, DE

- MIGUEL E, ALFARO J, HERNÁNDEZ L, et al. Endobronchial hamartoma. *Chest* 2002; 122: 202-5.
- 9.- SCHRAUFNAGEL D E, MORIN J E, WANG N S. Endobronchial lipoma. *Chest* 1979; 75: 97-9.
- 10.- STERMAN D H, SZTEJMAN E, RODRÍGUEZ E, FRIEDBERG J. Diagnosis and staging of "other bronchial tumors". *Chest Surg Clin N Am* 2003; 13: 79-94.
- 11.- KATSIMBRI P P, BAMIAS A T, FROUDARAKIS M E, PEPONIS I A, CONSTANTOPOULOS S H, PAVLIDIS N A. Endobronchial metastases secondary to solid tumors: report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer* 2000; 28: 163-70.
- 12.- SØRENSEN J B. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol* 2004; 43: 73-9.

Correspondencia a:
Dr. Eduardo Sabbagh P.
Servicio de Radiología
Instituto Nacional del Tórax
J. M. Infante 717. Santiago, Chile
E- mail: edo.sabbagh.p@vtr.net